

Année 1900

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 22 Février 1900, à 1 heure.

PAR SIMON-PIERRE GROSJEAN

Né à La Selle (Saône-et-Loire), le 16 juillet 1869

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

DE LA MATERNITÉ DE L'HÔPITAL LARIBOSIÈRE, ET DE L'HÔPITAL MARITIME DE BERCK

(Médaille de bronze de l'Assistance publique)

(Médaille d'argent du Ministère de l'Intérieur)

TRAITEMENT

DES

RÉTENTIONS PLACENTAIRES

CONSÉCUTIVES A L'AVORTEMENT

PAR LE TAMPONNEMENT INTRA-UTÉRIN

Président : M. CORNIL, Professeur.

Juges : MM. BERGER, Professeur.

LETULLE,
BONNAIRE, } *Agrégés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 22 Février 1900, à 1 heure.

Par SIMON-PIERRE GROSJEAN

Né à La Selle (Saône-et-Loire), le 16 juillet 1869

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

DE LA MATERNITÉ DE L'HÔPITAL LARIBOISIÈRE, ET DE L'HÔPITAL MARITIME DE BERCK

(Médaille de bronze de l'Assistance publique)

(Médaille d'argent du Ministère de l'Intérieur)

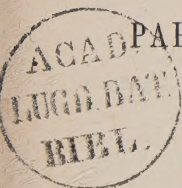
TRAITEMENT

DES

RÉTENTIONS PLACENTAIRES

CONSÉCUTIVES A L'AVORTEMENT

PAR LE TAMPONNEMENT INTRA-UTÉRIN

*Président : M. CORNIL, Professeur.**Juges : MM. BERGER, Professeur.*

LETULLE,	} Agrégés.
BONNAIRE,	

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M.	BROUARDEL.
Professeurs	MM.	
Anatomie.....		FARABEUF.
Physiologie.....		CH. RICHEL.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		{ DEBOVE.
		{ HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....		BERGER.
Pharmacologie et matière médicale.....		POUCHET.
Thérapeutique.....		LANDOUZY.
Hygiène.....		PROUST.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BRISAUT.
Pathologie comparée et expérimentale.....		CHANTEMESSE.
		{ POTAIN.
Clinique médicale.....		{ JACCOUD.
		{ HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.....		{ DIEULAFOY.
Clinique des maladies syphilitiques.....		{ GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale..		{ FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.....		{ JOFFROY.
		{ RAYMOND.
		{ DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....		{ LE DENTU.
		{ TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.....		{ TERRIER.
Clinique des voies urinaires.....		{ PANAS.
		{ GUYON.
Clinique d'accouchements.....		{ PINARD.
		{ BUDIN.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DESGREZ.	LEJARS.	THIERY.
ALBARRAN.	DUPRE.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ANDRE.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
BONNAIRE.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BROCA (AUG.).	GILLES DE LA TOURETTE.	MENETRIER.	VARNIER.
BROCA (ANDRÉ).	HARTMANN.	MERY.	WALLICH.
CHARRIN.	LANGLOIS.	ROGER.	WALTHER.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
Pierre DELBET.	LEGUEU.	TEISSIER.	WURTZ.

Chef des travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Le Secrétaire de la Faculté ; PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ou improbation.

AVANT-PROPOS

C'est dans le service de notre maître, M. le docteur Bonnaire, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, accoucheur de l'hôpital Lariboisière, que nous avons puisé l'idée et les matériaux de cette thèse. Si cette idée est bonne, c'est à lui qu'en revient l'honneur, il est donc juste de l'inscrire en tête de ce modeste travail qui nous fournit l'occasion de le remercier de ce qu'il nous a appris pendant les six mois d'internat que nous avons passés dans son service et de l'extrême bienveillance qu'il nous a toujours témoignée.

Nous sommes heureux également de remercier ici nos autres maîtres dans les hôpitaux.

Comme interne provisoire et pendant notre première année d'internat, nous avons été dans le service de M. le docteur Ménard, chirurgien en chef de l'hôpital maritime de Berck-sur-Mer; le temps que nous y avons passé est le gage de l'intérêt qu'il a su nous inspirer pour son beau service. Au moment de notre installation définitive, ce maître s'est montré pour nous d'une bienveillance que nous ne saurions jamais oublier.

Pendant notre seconde année d'internat, nous avons eu pour maître M. le docteur Siredey dont nous avons été déjà l'externe; nous nous souviendrons toujours que c'est beaucoup à cause de son appui que nous sommes arrivés à l'internat.

Notre troisième année nous a permis d'apprécier, à Saint-Louis, les qualités cliniques et la grande bonté de M. le docteur Tennesson. Son enseignement nous servira beaucoup dans notre carrière. Pendant les six derniers mois de cette année nous avons été l'interne de M. le docteur Bonnaire.

Enfin, pendant notre quatrième année, nous avons été attaché à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Picqué ; nous avons eu le bonheur d'y rencontrer pendant les trois derniers mois, M. le docteur Chaput, qui n'a cessé de se montrer d'une grande bienveillance pour nous ; nous ne saurions trop l'en remercier.

Nous devons encore témoigner toute notre gratitude à nos autres maîtres dans les hôpitaux, en particulier à MM. Duguet, Legendre, Jeanselme, Demelin, Mauclore, Castex.

M. le professeur Cornil a bien voulu accepter la présidence de cette thèse. Nous le remercions du grand honneur qu'il nous fait.

INTRODUCTION

Dès notre arrivée dans le service de M. le docteur Bonnaire, en septembre 1899, ce maître attira notre attention sur l'intérêt qu'il y aurait à tamponner l'utérus dans les cas de rétention placentaire consécutive à l'avortement.

Après nous avoir montré sa façon de procéder, il nous permit de faire nous-même ces tamponnements.

Le résultat nous a paru si probant et si intéressant, que nous avons recueilli les observations qui se sont présentées pendant notre passage dans le service, pour en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Nous avons cru que cette méthode serait plus intéressante encore, si on la rapprochait des autres procédés employés dans les cas analogues. C'est pourquoi nous avons fait une courte revue de ces procédés. Nous n'avons pas voulu faire ici l'historique du traitement de l'avortement, car c'était sortir de notre sujet. Il est du reste merveilleusement décrit dans la thèse d'agrégation de M. Gerbaud (1886).

Dans cette rapide revue des diverses méthodes employées pour obtenir l'expulsion du placenta retenu à la suite de l'avortement, nous étudierons successivement :

1^o Les méthodes peu usitées de nos jours :

Médicaments ocytotiques.

Injectons chaudes.

Tamponnement vaginal.

Expression utérine.

Electrisation.

2^o *Les méthodes classiques :*

Expectation.

Curetage instrumental.

Curage digital.

3^o *Le tamponnement intra-utérin.*

CHAPITRE PREMIER

MÉTHODES PEU USITÉES DE NOS JOURS

Médicaments ocytociques. — Le seigle ergoté est certainement de tous les médicaments celui qui a eu le plus de vogue.

Avec P. Dubois et beaucoup des accoucheurs qui le suivirent, l'ergot était donné pour amener la délivrance dans les retentions placentaires.

Aujourd'hui on s'accorde à proscrire ce médicament comme dangereux, car il amène un résultat opposé à celui que l'on cherche. Il a causé plus de rétentions placentaires qu'il n'a provoqué d'expulsion de placenta dans les avortements. De nos jours, la règle de Pajot est adoptée par tous nos accoucheurs : ne jamais donner d'ergot de seigle tant qu'il reste quelque chose dans l'utérus.

Nous n'avons pas de statistique montrant les dangers de ce médicament dans la rétention à la suite d'avortement, mais nous pouvons citer quelques chiffres empruntés à la thèse d'agrégation de M. Auvard, montrant les dangers de l'ergot.

Accouchements au cours desquels on a administré de l'ergot :

Mortalité maternelle.....	42 p. 100
Mortalité fœtale.....	77 p. 100

Accouchements sans ergot de seigle :

Mortalité maternelle..... 24 p. 100

Mortalité fœtale..... 47 p. 100

Bien que les cas de M. Auvard ne portent pas sur des rétentions placentaires, on voit que l'ergot de seigle augmente notablement la mortalité dans les cas où on l'administre, l'utérus n'étant pas vide. En raisonnant par analogie, on comprend pourquoi il est complètement rejeté de nos jours, car il ne peut, suivant l'expression imagée de M. Gerbaud, qu'enfermer le loup dans la bergerie.

En effet, l'ergot de seigle a une double action : il est hémostatique et ecbolique ; comme hémostatique il pourra donner des résultats ; mais son effet ecbolique sera plus difficile à obtenir car on sait que le col de l'utérus, dans les cas d'avortement, est plus puissamment muselé que le corps. L'ergot agit donc plus fortement sur le col utérin que sur le corps, il s'oppose plus à la sortie du placenta retenu qu'il n'en favorise l'expulsion.

D'autres médicaments ont été employés comme succédanés de l'ergot ; nous citerons : l'essence de térébenthine, le borax, le chanvre indien dont l'action est problématique.

Le sulfate de quinine semble avoir une action ocytocique plus réelle.

M. Schwab (1) a attiré l'attention sur ce médicament déjà employé par divers accoucheurs, entre autres par Cordes, de Genève. Pour lui, le sulfate de quinine agit vraiment sur la contractilité utérine et il n'a pas comme

(1) SCHWAB, *Soc. obst. de France*, avril 1897.

l'ergot l'inconvénient d'amener la contracture de cet organe.

M. Schwab rapporte l'avoir employé sept fois à la dose de un gramme en deux prises à un quart d'heure d'intervalle pour favoriser l'expulsion de l'arrière-faix dans des cas d'avortement. Il a obtenu de bons résultats, le placenta était expulsé dans les quatre heures qui suivaient l'administration du médicament.

Il ne semble pas que les faits soient venus corroborer cette opinion. En tous cas on peut dire que ce médicament est inoffensif, qu'il ne tétanise pas l'utérus et n'augmente pas, comme l'ergot, les chances de rétention placentaire ; quant à la puissance de son action ecbolique, elle est encore à démontrer.

On a encore de nos jours préconisé d'autres produits comme la lactose et même le sucre, mais leur action très problématique n'a pas été étudiée dans l'avortement.

Tamponnement vaginal. — Le tamponnement vaginal tel que l'a préconisé Leroux, a été employé également dans les rétentions placentaires consécutives à l'avortement. Nous n'avons pas à décrire ici la façon dont on fait ce tamponnement, ou à savoir si on lui donnera la forme d'une queue de cerf-volant, ou si les bourdonnets de charpie seront bourrés dans une chemise vaginale, ou encore si le tampon sera constitué par une vessie de caoutchouc.

Disons seulement que les partisans du tampon vaginal lui reconnaissent une double action : arrêter l'hémorragie et amener les contractions utérines.

Comme hémostatique, il est certain que le tamponne-

ment vaginal a pu rendre de nombreux services ; selon Braun (1), il arrêterait infailliblement l'hémorragie. Spiegelbeg, au contraire, prétend que presque toujours le sang continue à s'écouler, soit en s'insinuant le long des parois vaginales, soit en s'accumulant derrière les tampons dans les culs-de-sac vaginaux dans le vide qui se ferait derrière lui, grâce à l'influence des efforts de la femme qui arrivent à repousser le tampon.

Muller (2) a dressé une statistique pour vérifier l'action hémostatique du tampon, il arrive à cette conclusion que sur 105 cas le tampon a été :

efficace, 58 fois ;

non efficace, 47 fois.

Mais il faut ajouter que dans les cas où il n'a pas été efficace, la plupart du temps il n'a laissé filtrer qu'un peu de sang, filtration à laquelle on ne saurait donner le nom d'hémorragie véritable. On peut donc dire, avec M. Auvard, qu'avec le tampon de Leroux bien appliqué, l'écoulement sanguin ne doit pas persister sous forme d'hémorragie sérieuse pouvant compromettre l'existence de la femme.

Le tampon a été accusé également de transformer les hémorragies externes en hémorragies internes ; or, cette objection qui, théoriquement paraît sérieuse, n'a pas été observée dans la pratique.

L'influence du tampon sur la contraction utérine n'a pas été étudiée dans l'avortement, nous n'avons que quelques données ayant rapport aux accouchements à terme.

(1) BRAUN, *Klinick fur Geb und Gynæk.*, p. 127, *In th. agrég.*, AUWARD, 1886, p. 43.

(2) MULLER, *Placenta prævia*, 1877, p. 316.

D'après Muller, sur 128 cas observés, la contraction utérine fut réveillée 78 fois, et c'est en général dans les 12 heures qui suivent l'application du tampon, que les contractions apparaissaient. Bien des auteurs ont, du reste, nié ce réveil des contractions par le tampon, c'est pour remédier à cette inefficacité que Valenta et Fritsch ont conseillé, avant de tamponner, d'introduire un cathéter dans la cavité utérine.

C'est dans le même but que les accoucheurs qui l'ont employé dans l'avortement raté, lui ont souvent associé l'ergot de seigle pour obtenir une action plus énergique de l'utérus.

L'électrisation. — L'électrisation a été préconisée également comme traitement de la rétention placentaire, dans l'avortement ; on a voulu lui faire remplir un double but : contraction utérine et arrêt de l'hémorragie.

Bradford, professeur d'accouchement à Manchester a, en 1845, préconisé l'emploi des courants galvaniques sur l'utérus ; cette méthode avait fait peu d'adeptes, elle était tombée dans l'oubli, lorsqu'elle a été reprise en 1888 par H. Fry (1) en Amérique, qui a publié le résultat de son procédé, sous le titre de *Substitution de l'électricité à la curette, dans le traitement de la rétention placentaire après l'avortement*. Cette méthode n'a pas été adoptée en France ; elle n'est, du reste, pas d'une pratique simple, facile et conciliable avec les données actuelles d'asepsie.

Les injections. — Les injections ont été préconisées sous diverses formes, mais toujours les auteurs ont

(1) H. FRY, *Americ. Journ. of. obst.*, juin 1888.

recherché avec elles un triple but : arrêter l'hémorragie, amener les contractions de l'utérus et enfin prévenir ou combattre l'infection utérine.

Les uns ont eu recours à des injections vaginales froides, avec du vinaigre, de l'alun, du vin rouge, des solutions de teinture d'iode ou de créosote.

D'autres, beaucoup plus nombreux, emploient les injections d'eau chaude, dont l'action hémostatique est indéniable, à condition que l'eau soit très chaude (48°). Cette action hémostatique se produisant, grâce à la contraction utérine, a pour effet de hâter la délivrance ; suivant M. Gerbaud, l'eau chaude a pour action également d'assouplir le col et de le mettre en état de céder aux efforts redoublés de la matrice.

Les injections intra-utérines ont été également et sont encore souvent employées, elles se font avec les sondes de Tarnier, de Budin, de Doléris, et doivent être faites avec peu de pression. Elles semblent dans bien des cas avoir hâté l'expulsion du délivre.

Cependant dans bien des cas, ces injections utérines intermittentes sont restées sans succès contre la rétention placentaire compliquée de septicémie ; c'est dans ces cas que MM. Pinard et Varnier adoptèrent l'irrigation continue. Ce fut pour eux, pendant un certain temps, une véritable méthode, puis peu à peu, l'irrigation continue eut moins d'importance et ils arrivèrent à ne la considérer comme efficace qu'autant qu'elle était combinée avec l'ablation du délivre.

L'expression utérine. — La méthode dite de Credé a été employée également dans les cas de la rétention

de l'arrière-faix dans les avortements; elle a été surtout en honneur en Allemagne; Martin (1) entre autres la décrit de la façon suivante :

« Tant que l'utérus n'est pas accessible par la paroi abdominale, il faut se contenter de placer une main sur l'hypogastre, tandis que l'autre est introduite dans le vagin et comprime fortement le corps de l'utérus ».

Généralement la main est placée dans le cul-de-sac postérieur et c'est grâce à une sorte de rétroversion que l'expulsion peut se faire. A. Martin reconnaît lui-même que l'on ne réussira pas souvent dans les premiers mois, et il conseille de recourir sans plus tarder au curage de l'utérus. Schröder, Høning recommandent également l'expression sans y attacher une grande importance. Tous du reste pensent que la méthode n'est guère applicable que vers le 5^e ou 6^e mois.

(1) MARTIN, *In thèse agreg.* de GERBAUD, p. 153.

CHAPITRE II

MÉTHODES CLASSIQUES

Méthode d'expectation. — Cette méthode, dont beaucoup d'accoucheurs complètent le titre en l'appelant méthode d'expectation armée, consiste à attendre et à traiter les complications s'il en survient.

Elle a été adoptée pendant longtemps par presque toute l'école française, M. Gerbaud, dont la thèse d'agrégation de 1886 reflète les idées des écoles de l'époque, s'en déclare partisan. Cette méthode a pour base une foule d'observations d'avortement dans lesquels le placenta a été retenu longtemps dans l'utérus sans provoquer d'accidents et a fini par s'éliminer spontanément.

Ce n'est pas le lieu de reproduire ici ces observations, qui sont indiquées dans la thèse de Gerbaud (1); disons seulement que la durée de la rétention placentaire a pu varier de quelques jours à plusieurs mois : un cas de Prost relate une rétention de huit mois et Guido rapporte une rétention de 14 mois. MM. Tarnier et Budin, dans leur *Traité d'accouchement*, ont été très affirmatifs en faveur de l'expectation avec la seule antisepsie. « En terminant, disent ces auteurs, nous répéterons encore que dans l'avortement, malgré tous les conseils d'intervention qui ont été donnés, il faut savoir attendre patiemment.

(1) GERBAUD, thèse Agreg. 1886, p. 119.

« Dans les cas simples on se borne à faire de l'antisepsie.

« Dans les cas graves, les injections antiseptiques réussissent contre l'infection. Si l'antisepsie vaginale et utérine sont bien faites, elles suffisent sans que l'on ait besoin d'avoir recours aux interventions manuelles et instrumentales qui ne sont pas inoffensives et sont loin d'être infaillibles ».

Ceci était écrit en 1886. Nous verrons plus loin que la manière de voir de M. Budin s'est modifiée depuis cette époque.

En somme, comme dit M. Doléris (1), la méthode de l'expectation se résume aujourd'hui en trois propositions :

1^o Rétention sans septicémie : expectation antiseptique ;
2^o Rétention avec septicémie légère : injection intra-utérine et curage digital.

3^o Rétention avec septicémie grave : curetage après dilatation.

Enfin, dans les cas où survient une hémorragie, les partisans de l'expectation y remédient soit par les injections chaudes vaginales ou utérines, soit par le tamponnement, soit par l'extraction du placenta.

Curetage de l'utérus. — Le curetage de l'utérus a été et reste encore défendu par beaucoup de chirurgiens comme le procédé de choix dans le cas de rétention placentaire que nous envisageons.

Nous n'avons pas à décrire le curetage dans tous ses détails ici.

(1) DOLÉRIS, *Pratique gynécolog.*, t. I, p. 175.

Le nombre des instruments inventés depuis la curette de Récamier, en passant par la curette articulée de Pajot, la cuiller tranchante de Simon, l'anse tranchante de Thomas, et les curettes obstétricales en honneur à notre époque a été considérable, leur énumération serait fastidieuse et se trouve du reste dans tous les traités d'accouchements.

Pour procéder au curetage avec l'un de ces instruments, il faut, après une asepsie rigoureuse de l'opérateur, des aides et de l'opérée : 1° Abaisser l'utérus à l'aide d'une pince appropriée en se donnant du jour soit avec un speculum, soit avec des valves, ce qui est préférable ; 2° Si le col utérin n'est pas suffisamment dilaté, procéder à sa dilatation ; les moyens employés autrefois comme : éponge préparée, laminaires, sont maintenant abandonnés. On procède lorsqu'il le faut à la dilatation extemporanée au moyen de bougies d'Hégar ; 3° Enlever au moyen de la curette le placenta ou les débris placentaires ainsi que les membranes qui ont pu rester dans l'utérus. C'est ici naturellement le temps important et aussi le temps dangereux de l'intervention ; 4° Lorsque l'utérus est ainsi nettoyé, on procède à une large irrigation de cet organe ; on peut aussi, comme le préconisent M. Doléris et beaucoup d'autres chirurgiens, compléter le nettoyage à la curette au moyen de l'écouvillonnage à l'aide des écouvillons imaginés par M. Doléris, qui seront au préalable imbibés d'une solution antiseptique, comme la glycérine créosotée. Si l'on ne se sert pas de l'écouvillon, on touche la plaie utérine avec une gaze imbibée d'une solution antiseptique : teinture d'iode, glycérine créosotée, etc... Une mèche iodoformée est laissée dans l'utérus pendant 24 heures.

Cette intervention est assez peu douloureuse et beaucoup de chirurgiens la pratiquent sans anesthésie.

Lorsqu'il s'agit de s'entendre sur le moment de procéder au curetage, les partisans de cette méthode se divisent en deux camps.

Les uns pensent que le curetage est une opération de choix dans la rétention placentaire, mais qu'il ne doit être appliqué que lorsqu'il y a indications formelles ; pour eux, ces indications sont au nombre de deux : l'hémorragie et le début d'infection, dès que ces conditions se présentent, on doit procéder au curetage sans aucun retard ; dans les autres cas, même lorsque la rétention est de date ancienne, il faut s'abstenir. C'est en somme l'expectation armée.

D'autres, en tête desquels il faut placer M. Doléris, sont au contraire partisans de l'intervention hâtive, même lorsqu'il n'y a ni hémorragie ni infection.

M. Doléris, dans son livre sur la pratique gynécologique, a écrit de nombreuses pages en faveur du curetage hâtif, nous ne le suivrons pas dans sa longue discussion ; nous nous contenterons de donner ici quelques-uns de ses principaux arguments.

C'est d'abord ce fait qu'un placenta retenu dans l'utérus, même s'il ne s'accompagne ni d'infection ni d'hémorragie grave, n'est pas une chose indifférente ; et, en effet, il n'est pas sans danger d'être sous la menace permanente de ces complications ; de plus, lorsque le placenta abortif est retenu indéfiniment dans l'utérus, il devient assimilable à un polype, c'est un corps étranger caduc ; il faut le traiter comme tel et en débarrasser la malade le plus promptement possible.

A côté des dangers réels que nous avons signalés il y

a, en effet, d'autres complications moins graves qui militent en faveur de l'ablation de ce corps étranger ; nous ne ferons que les énumérer d'après M. Doléris, ce sont : les hémorragies légères continues, les déformations de l'utérus ; la flaccidité et l'allongement des ligaments avec le prolapsus utérin comme conséquence ; la rétrodéviation ; la subinvolution, la fausse métrite, l'hyperplasie déciduale, les polypes placentaires, les déciduomes, la stérilité ; enfin, si le milieu cesse d'être aseptique les salpingites et suppurations pelviennes.

C'est la menace permanente de l'un de ces troubles qui décide en faveur d'une intervention hâtive.

Les adversaires du curetage font à ce procédé de nombreux reproches.

C'est d'abord le danger de perforer l'utérus. C'est un accident qui est loin d'être rare, la littérature médicale en offre de nombreux exemples, dont quelques-uns furent très retentissants, et dans bien des cas, cet accident n'a pas été signalé.

Il est vrai que toutes les perforations ne s'accompagnent pas de mort ou même d'accidents graves, mais il faut néanmoins en tenir compte, et ceci indique que le curetage n'est pas une opération simple et sans danger.

On a répondu à cette objection que la perforation utérine était une faute opératoire relevant de la brutalité et de la maladresse de l'opérateur. Cela veut dire que le curetage d'un utérus contenant un placenta n'est pas à la portée de tout médecin. Or ceci est très regrettable car s'il est une maladie pour laquelle tout médecin doit être armé, c'est bien la rétention placentaire, car de

l'extraction du placenta dépendra bien souvent la vie de la malade.

Il semble que l'on pourrait trancher la question en disant que le curetage est une bonne opération de clinique ou d'hôpital où elle est faite par des praticiens ayant la grande habitude de ce genre d'intervention, outillés et aidés comme il le faut; mais ce même curetage est dangereux entre les mains du médecin qui n'a pas l'habitude de cette opération, et pour ce dernier il serait bon de lui substituer une autre façon de faire; c'est dans ce but que nous proposerons le tamponnement intra-utérin.

Le curetage utérin est encore accusé de produire des hémorragies, qui s'expliquent par l'inertie de l'organe infecté; la curette ouvre des vaisseaux que rien ne vient oblitérer. C'est pour remédier à cet accident que certains auteurs ont conseillé d'administrer de l'ergot de seigle au début du curetage. Dans ces cas d'hémorragies les uns pensent que l'on doit continuer le curetage, car pour eux le curette est le meilleur ocytocique; d'autres, au contraire, arrêtent l'intervention et font un tamponnement serré.

On reproche encore au curetage, en cas de lésions annexielles comme le pyosalpinx, de provoquer l'ouverture des collections purulentes et la diffusion du pus. Aussi a-t-on recommandé, dans le cas où ces lésions existent, de ne pas insister pour abaisser l'utérus.

D'autres fois le curetage s'accompagne d'une brusque élévation de température, et c'est, disent les adversaires de cette méthode, la curette qui ouvre de nouvelles et larges portes aux germes infectieux. Mais il semble que pour éviter pareil accident il suffise de prendre avant,

pendant et après l'opération les précautions antiseptiques convenables.

Le curetage enfin est accusé d'être insuffisant et inutile. « On laisse parfois, dit M. Budin, des débris de caduque et même de placenta dans l'utérus. Que de cas dans lesquels, après avoir fait un curetage avec le plus grand soin, on a vu dès le lendemain la femme expulser des débris de membrane et de placenta et même des débris de fœtus. Le curetage n'est donc pas une opération qui donne toute sécurité ; la curette est aveugle... »

En effet, on a vu des cureteurs laisser dans l'utérus des débris placentaires qu'ils voulaient en retirer. On en a vu couper avec la curette les membres inférieurs à un petit fœtus et abandonner le reste dans la cavité utérine... Ce sont là tout simplement, dit M. Gaulard (1), de grosses fautes opératoires que l'on eût pu éviter en pratiquant le toucher intra-utérin au cours de l'opération. Cette précaution ne doit du reste jamais être négligée, car elle permet de se rendre compte si l'opération est incomplète et insuffisante.

A côté du curetage de l'utérus, nous devons placer et dire un mot du procédé qui consiste à extraire l'arrière-faix retenu non plus avec la curette mais avec des pincés.

Un grand nombre d'instruments ont été employés dans ce but, nous citerons : la pince à faux germe de Levret, le crochet de délivrance de Dugès, l'érigne et la rugine du docteur Dewes (de Philadelphie). Enfin signalons la pince que M. Bonnaire a fait construire récemment et

1) GAULARD, *Presse médicale*, 5 nov. 1898.

qui semble devoir dans bien des circonstances rendre de grands services.

Curage digital. — Nous venons de voir que la curette présente des imperfections, et qu'elle exige certaines précautions dans son emploi. C'est une des raisons qui ont fait que beaucoup d'accoucheurs lui préfèrent le doigt pour le curage de l'utérus ; une grande partie des accoucheurs français sont partisans de ce procédé qui est assez simple dans son exécution.

« Donnez du chloroforme, dit le professeur Budin, endormez la femme, il faut que les organes soient distendus, qu'ils soient mous. Vous prenez toutes les précautions antiseptiques les plus minutieuses et vous procédez alors à la dilatation du col.

Vous commencez d'abord avec un doigt, avec deux doigts et à la rigueur, avec des sondes d'Hégar, mais en général les doigts suffisent à mener la dilatation à bonne fin.

Une fois la dilatation obtenue, vous introduisez un doigt dans l'utérus et vous allez détacher avec le plus grand soin toutes les parties du placenta. Quand vous aurez détaché complètement le placenta, si vous avez pu introduire deux doigts dans l'utérus, vous laissez le placenta entre les deux doigts que vous recourbez un peu pour l'entraîner au dehors. Si vous n'avez pu pénétrer qu'un doigt, vous le recourbez de façon à prendre le placenta comme par un crochet et vous essayez de faire l'extraction de cette manière.

Si vous ne pouvez pas parvenir à entraîner le placenta entier, vous le dilacérez un peu, vous le coupez en deux

avec le doigt, vous le faites ainsi sortir par fraction. Vous appuyez la main libre sur le fond de l'utérus pendant que les doigts de l'autre main (ceux qui ne sont pas introduits dans la cavité utérine) appuient sur le cul-de-sac postérieur vaginal. Vous faites ainsi une sorte d'expression ».

M. Fieux (1) qui, lui aussi, a adopté la pratique du curage digital, a publié 14 cas dans lesquels il a pratiqué le curage avec succès. Ce dernier insiste sur la possibilité de faire le curage sans dilatation préalable avec les bougies d'Hégar ou le ballon de Champetier de Ribes, mais avec les doigts seuls.

« Dans certaines circonstances, dit-il, le curage est un jeu. C'est lorsque la grossesse a été interrompue du quatrième au cinquième mois et que l'expulsion du produit est encore toute récente ; alors l'utérus se laisse facilement dilater et les deux doigts y évoluent sans peine. Mais quand l'on a à faire à un avortement du deuxième ou du début du troisième mois, surtout si les doutes sur l'intégrité de l'œuf ont forcé l'accoucheur à temporiser pendant quelques jours, l'intervention pourra être plus pénible, mais sera toujours praticable, nous insistons sur ce fait ».

Pour faire de bonne besogne, il est indispensable de se rappeler quelques détails anatomiques : Au-dessus de l'orifice interne, plus ou moins facilement franchi, le doigt perçoit une petite cavité à parois souples qui n'est autre que le segment inférieur en miniature. C'est l'ensemble de cette petite cavité et de celle du col dont

(1) FIEUX, *Bull. méd.*, février 1898, p. 157.

l'orifice interne est forcé et dilaté qui constitue la cavité cervico-utérine. Si l'on n'y prenait pas garde, on pourrait se retirer, persuadé que la toilette de l'organe est complète. Mais que l'on ne s'y trompe pas, dans l'utérus abortif comme dans l'utérus post-partum le véritable obstacle est l'anneau de contraction. On a généralement trop de tendance à croire que l'orifice interne une fois franchi, on est maître de la situation. Loin de là, par le palper bi-manuel, on s'apercevra que le bout du doigt actif est encore loin du fond de l'utérus et en cherchant bien, on trouvera un point faible sur l'épaisse voûte qui limite en haut cette cavité. C'est là le défaut de la cuirasse, c'est là la porte d'entrée de la vraie cavité utérine qu'il va falloir forcer, porte qui emprisonne au-dessus d'elle des débris plus ou moins adhérents.

M. Fieux en conclut que le doigt de l'accoucheur qui va procéder au curage de l'utérus va avoir à lutter contre deux résistances bien différentes dans leur réaction.

Ce qu'il va attaquer d'abord, c'est la partie conjonctive de l'organe, le canal cervical et la région supra-cervicale, futur segment inférieur. Cette zone résiste passivement et se laisse pénétrer par le doigt qui, grâce à des petits mouvements de vrille s'insinue peu à peu jusqu'à l'orifice interne qu'il dépasse pour pénétrer dans la cavité cervico-utérine.

La seconde résistance est offerte par l'anneau de contraction; mais ici c'est une résistance active due à la contraction de la partie réellement musculaire de l'organe. Cet anneau doit être fatigué pour qu'il lâche prise et laisse le doigt libre d'opérer dans la cavité de l'organe.

On a fait à ce curage digital divers reproches : c'est

d'abord la nécessité d'anesthésier la malade. La manœuvre est en effet douloureuse parce qu'elle exige l'introduction de la main tout entière dans le vagin. Or, chez les primipares, le premier temps de l'intervention est loin d'être facile.

On a insisté aussi sur la difficulté que l'on rencontrait parfois à pénétrer dans l'utérus; nous avons vu comment M. Fieux explique cette difficulté et montre comment on peut y remédier.

De plus il est quelquefois difficile avec le doigt d'atteindre le fond de cet organe, et même si on arrive au fond, comme le fait remarquer Audebert, le doigt ne pénétrera pas au fond des angles, ce qui sera une lacune, et laissera derrière lui des fragments placentaires.

Enfin M. Gaulard rapporte dans l'article que nous avons mentionné, une observation empruntée au mémoire de MM. Chaleix-Vivie et Audebert, dans laquelle l'opérateur, en retirant par le curage digital un placenta putréfié, s'inocula le doigt et eut un phlegmon très grave. Pourtant nous ne croyons pas que cet argument puisse entrer en ligne de compte et être invoqué contre le curage digital.

CHAPITRE III

TAMPONNEMENT INTRA-UTÉRIN

Historique. — C'est Leroux, le créateur du tamponnement vaginal, qui, le premier, a décrit également et pratiqué le tamponnement intra-utérin, comme en fait foi une observation publiée par lui dans son livre intitulé : *Observations sur les pertes de sang des femmes en couches et sur le moyen de les guérir*, paru en 1776.

Après avoir raconté comment il fut appelé auprès d'une femme atteinte d'une hémorragie des plus graves, et après avoir employé les autres procédés, il eut l'idée « de placer dans la matrice, au lieu même où il avait cru reconnaître le siège de l'hémorragie (parce qu'à cet endroit il sentait un lambeau utérin détaché), un lambeau de linge imbibé de vinaigre. La perte cessa sur le champ, dit-il, et pour soutenir ce morceau de linge j'en introduisis plusieurs autres dans le même lieu, toujours imbibés de vinaigre pur et j'en remplis ensuite la cavité du vagin. Le tout fut maintenu par une serviette chaude. Le tampon introduit dans le vagin sortit le lendemain, celui qui était dans la matrice ne fut expulsé que le cinquième jour ».

Le tamponnement utérin était donc trouvé, mais il fut loin d'avoir la vogue du tamponnement vaginal.

En 1831, Baudelocque, dans son *Traité des hémorragies*

internes de l'utérus* ne le mentionne même pas. Aussi le tampon utérin disparaît-il à peu près complètement de la pratique obstétricale ; c'est à peine si de temps à autre il fait quelques timides apparitions sous une forme différente, du reste, de celle préconisée par Leroux.

Slyman, en 1849, introduit dans l'utérus une double vessie destinée à être gonflée avec de l'eau.

Diday, en 1854, conseille de remplir la cavité avec un pessaire de Gariel.

Chassagny conseille son double ballon hémostatique et son appareil élytro-ptérygoïde.

Binet, en 1875, conseille d'introduire dans l'utérus des bourdonnets de charpie imbibés de perchlorure de fer.

Ce n'est qu'en 1887, avec Dührssen, que commence la réhabilitation du tampon utérin.

Cet auteur, à la suite de nombreuses observations d'hémorragies de la délivrance traitées avec succès par l'introduction de mèches de gaze iodoformée dans l'utérus, décrit ce tamponnement comme un procédé — qui porte aujourd'hui son nom — pour le traitement des hémorragies graves de la délivrance.

La même année, Fraipont publie dans les *Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège* le résultat de deux observations d'hémorragie grave traitée avec succès par le tamponnement utérin à la gaze iodoformée.

M. Auvard applique le même procédé la même année et publie le résultat de ces observations dans la *Gazette hebdomadaire*.

Le tamponnement intra-utérin dans l'accouchement a donc une histoire déjà longue, il n'en est pas de même de ce tamponnement dans l'avortement.

Pourtant il a été souvent employé, mais la plupart du temps les auteurs qui l'ont préconisé y ont vu non un moyen curateur de la rétention placentaire dans l'avortement, mais un procédé palliatif destiné à combattre les hémorragies.

En parcourant, en effet, tous les auteurs qui ont parlé du traitement de la rétention placentaire, nous voyons presque toujours le tampon utérin indiqué contre l'hémorragie ; M. Doléris, dans son introduction à la *Pratique gynécologique*, le mentionne également ; mais c'est pour rappeler une observation de M. Bar qui, dans un cas de rétention placentaire avec hémorragie, applique un tamponnement utérin qui amena la mort par reflux, dans le péritoine, du sang et d'une quantité assez notable d'iodoforme.

Nous croyons que ce jugement du tamponnement intra-utérin est un peu précocé et ne repose pas sur un nombre d'observations assez considérable. S'il fallait rejeter toutes les méthodes qui ont donné un cas de mort, il y a bien longtemps, entre autres, que l'on ne ferait plus le curetage.

Dans le cas de M. Bar, du reste, il s'agit d'un accident plutôt dû à l'iodoforme qu'à la méthode employée.

Quoi qu'il en soit, nous avons cru intéressant de publier la méthode que nous avons vu employer par M. Bonnaire, car elle comporte des faits intéressants et c'est du reste la première fois que le tamponnement intra-utérin est employé systématiquement dans la rétention placentaire consécutive à l'avortement, non seulement comme agent hémostatique, mais encore comme excitateur du muscle utérin dans le but d'amener l'expulsion du placenta retenu.

Manuel opératoire. — L'appareil instrumental nécessaire est des plus simples, il se compose uniquement :

D'une pince à griffe ;

D'une pince à pansement ;

D'une valve vaginale, qui n'est pas indispensable ;

De bandes de gaze iodoformée.

La pince à griffe peut être de divers modèles ; on n'emploiera pas la pince érigée à un mors car on déchirerait fatalement le col de l'utérus. La pince de Museux pourra être employée.

A l'hôpital Lariboisière, nous avons employé la pince construite sur les indications de M. Bonnaire, avec laquelle nous n'avons jamais eu l'ennui de déchirer le col. La pince à pansement destinée à introduire la gaze dans l'utérus sera quelconque, pourvu qu'elle ne soit pas trop grosse et puisse franchir facilement l'orifice interne. La gaze iodoformée doit être préparée d'une façon un peu spéciale pour permettre son introduction facile dans l'utérus. On n'emploiera pas les bandes de gaze nouées bout à bout car rapidement les nœuds arrivent à obstruer l'orifice interne et le tamponnement est incomplet.

Il faut une bande de gaze d'une seule pièce, très longue et peu large.

A l'hôpital Lariboisière, la gaze iodoformée était préparée avec de larges bandes de tarlatane que l'on coupait ensuite à l'aide d'un rasoir en rouleaux larges de 6 à 7 centimètres. Chaque rouleau était stérilisé, et la gaze n'était déroulée qu'au moment de s'en servir.

Les préparatifs étant faits, il est facile de procéder au tamponnement. La malade est placée dans la position obstétricale, un aide tenant chacune des cuisses.

L'anesthésie n'est pas nécessaire car l'opération est par elle-même fort peu douloureuse, nous avons vu une malade excessivement nerveuse la supporter facilement.

On procède à un nettoyage antiseptique de la vulve et du vagin. On pratique le cathétérisme de la vessie et on dispose des champs opératoires stériles au pourtour de l'orifice vaginal. Le col de l'utérus est saisi largement avec une pince au niveau de sa lèvre antérieure et amené à l'orifice vaginal lentement et progressivement. Souvent le col peut être assez abaissé pour être aperçu directement au-dessous de la pince ; d'autres fois il est nécessaire pour le voir et pour y pénétrer, de déprimer la fourchette de la vulve avec un ou deux doigts de la main gauche. Exceptionnellement on aura besoin d'appliquer une valve sur la paroi inférieure du vagin.

La pince à col est confiée à un aide qui la maintient sans exercer de tractions.

On fait une injection utérine iodée et on commence le tamponnement. La gaze présentée dans une cuvette flambée tenue par un aide près de l'orifice vulvaire est saisie à son extrémité avec la pince à pansement et cette dernière est introduite dans l'utérus. Dans les cas récents on pénètre facilement jusqu'au fond de l'utérus ; mais dans les avortements de moins de 3 mois ou les cas plus anciens, on rencontre souvent un obstacle au niveau de l'orifice interne d'abord, puis plus haut au niveau de l'anneau de contraction.

Il ne faut rien brusquer, mais avec une très légère et très lente pression, on pénètre facilement jusqu'au fond de l'utérus, ce dont on peut s'assurer en plaçant la main sur l'abdomen. Lorsqu'on est ainsi arrivé au fond de l'u-

térus, la pince est légèrement entr'ouverte et retirée lentement, presque toujours on laisse d'emblée la mèche au fond de l'utérus ; en tous cas, en fort peu de tentatives on l'y maintient.

Une fois le tamponnement ainsi amorcé, il s'agit de le continuer. Pour cela, la pince saisit de nouveau la gaze, mais tout près à trois ou quatre centimètres au plus de l'orifice du col et la porte encore au fond de l'utérus ; il est rare que l'on rencontre pendant longtemps la résistance que l'on a rencontrée quelquefois au début.

Mais nous insistons sur ce fait qu'il faut introduire fort peu de gaze à chaque prise, car si l'on en prend trop, on forme un bouchon qui vient fermer soit l'orifice utérin, soit l'orifice de l'anneau de contraction, le reste du tamponnement se fait au-dessous de ce bouchon et, comme résultat, on aura un tampon à la fois inutile comme agent hémostatique et comme agent excitateur du muscle utérin. On ira de la sorte porter la gaze dans tous les recoins de l'utérus. Il ne faut pas, en effet, tamponner toujours directement ; la pince devra porter la gaze dans les cornes utérines, puis en avant et en arrière.

On remplit de la sorte exactement la cavité utérine avec un tampon serré ; mais jamais il n'est nécessaire d'employer la force, tout doit se faire d'une main légère sans la moindre violence.

On tamponne également le col utérin ; puis la pince est enlevée et une mèche de gaze, très peu longue du reste, est laissée dans le vagin.

On voit que le procédé est des plus simples, mais nous insistons sur ce fait que le tamponnement, pour être efficace, doit être serré et fait méthodiquement ; il est indis-

pensable que la cavité utérine soit remplie de gaze, et nous sommes persuadés que dans bien des cas si le succès ne vient pas, c'est que le tamponnement n'aura pas été complet.

Résultats de la méthode. — Si nous envisageons en bloc les 13 observations que nous avons recueillies, nous y voyons :

1^o Que 12 fois sur 13 le tamponnement a provoqué l'expulsion du placenta ;

2^o Que sur ces 13 cas, 6 fois il y a eu hémorragie et que chaque fois l'hémorragie a cédé sous l'influence du tampon utérin ;

3^o Si nous jetons un coup d'œil sur le temps qui s'est écoulé entre le tamponnement et l'expulsion du placenta nous voyons :

2 expulsions après 24 heures de tamponnement.

2	—	18	—
1	—	17	—
1	—	16	—
1	—	15	—
1	—	14	—
1	—	13	—
1	—	12	—
1	—	9	—
1	—	7	—

Ce qui nous donne comme moyenne l'expulsion du placenta 15 heures après le tamponnement ;

4^o Dans les 13 cas, nous avons dû renouveler le tamponnement après 24 heures 4 fois. Dans ce nombre figure notre insuccès après quatre tamponnements successifs.

Deux fois il a fallu deux tamponnements, une fois il en a fallu trois.

Avantages de la méthode. — Les avantages du tamponnement utérin sur d'autres traitements sont de divers ordres.

Tout d'abord il se pratique sans anesthésie, et nous croyons qu'on peut le faire ainsi dans tous les cas même lorsque les malades sont nerveuses et rebelles. C'est un avantage sérieux et pour la malade et pour le médecin.

En second lieu le tamponnement utérin met à l'abri de deux complications graves de la rétention placentaire : l'hémorragie et l'infection.

Pour l'hémorragie nous avons vu que le tamponnement tel que nous le préconisons a été appliqué six fois sur des femmes qui saignaient ; quelques-unes saignaient assez abondamment pour qu'on ait été obligé de les tamponner d'urgence en plein milieu de la nuit. Or, dans tous ces cas, l'hémorragie a été arrêtée pour ainsi dire instantanément et n'a pas reparu.

Nous pensons que c'est là un gros bénéfice de la méthode surtout s'il s'agit de malades de ville ou de la campagne que l'on n'a pas sous la main ; et en effet une des raisons pour lesquelles M. Doléris préconise le curetage hâtif de l'utérus, c'est précisément parce que, pour les malades des campagnes, hors de la surveillance de l'hôpital, on peut avoir, au moment où l'on s'y attend le moins, une hémorragie grave et même mortelle contre laquelle le médecin n'est pas armé. M. Doléris fait remarquer avec raison que le tamponnement vaginal ne donne pas une sécurité suffisante contre ces hémorragies et que, du reste, il n'est pas praticable.

Or, nous croyons, et nos observations ont seules établi notre conviction, que le tampon utérin, s'il est placé convenablement et suffisamment serré, ce qui est facile à obtenir, met la femme à l'abri de cette redoutable complication.

Le second danger de la rétention est l'infection ; nous croyons que le tampon aseptique met à l'abri de cette grave éventualité ; ce tamponnement, en effet, doit être fait avec toutes les règles de l'antisepsie moderne ; il est précédé d'une large irrigation iodée dans l'utérus et il a l'avantage d'être aseptique et antiseptique. De plus, en fermant complètement l'utérus, il met à l'abri de l'infection venue par le vagin.

Enfin nous n'avons jamais laissé un tampon plus de 24 heures ; quand, après ce délai, il n'a pas produit son effet, nous le retirons et, après une nouvelle injection utérine, un autre tampon antiseptique est appliqué.

Nous savons bien que l'on peut faire au tampon utérin le reproche que l'on a fait au tampon vaginal : celui de provoquer la septicémie ; or, pour ce dernier, M. Auvard, dans sa thèse d'agrégation, a publié une statistique de 30 cas dans lesquels « le tampon pratiqué avec les règles de l'antisepsie n'a jamais été la cause de septicémie ». Nous savons cependant que le docteur Kock (1), d'Heidelberg, a cultivé les tampons imprégnés de sang de bœuf après avoir été préparés avec divers antiseptiques dont l'iodoforme, et que toujours, au bout d'un espace de temps de 8 à 90 heures, ces tampons ont cultivé. Ces recherches sont évidemment intéressantes,

(1) Kock, *Cent. f. Gynæk.* 1885, p. 610.

mais si on devait en conclure que la gaze iodoformée doit être proscrite de l'utérus, il faudrait aussi la proscrire dans les autres plaies chirurgicales où elle rend de grands services.

Nous pensons donc qu'un tamponnement utérin fait bien aseptiquement avec de la gaze iodoformée parfaitement stérilisée, loin de provoquer l'infection, la prévient, surtout si l'on a soin de ne pas le laisser plus de 24 heures en place et de faire une soigneuse asepsie de l'utérus à chaque application, et jamais nous n'avons vu d'infection se produire à la suite de nos interventions et bien plus, nous voyons dans l'une de nos observations (XIII) une malade infectée chez laquelle nous pratiquons le tamponnement, le placenta est expulsé sous son influence et la fièvre tombe.

Mais si le tampon utérin prévient l'hémorragie et l'infection, il fait plus encore, — et c'est à ce titre que nous avons d'abord recherché ses effets, — il provoque l'expulsion du placenta. Presque toujours, en effet, nous avons vu dans les heures qui ont suivi son application, la malade entrer en travail et, comme nous l'avons dit, nous avons obtenu 12 fois sur 13 cas l'expulsion spontanée du placenta, grâce à cette méthode.

Par quel mécanisme se fait cette expulsion ? Il est probable que le tampon agit comme corps étranger sur le corps utérin qui, sous l'influence de l'irritation de cet hôte, se contracte et se rétracte. Au niveau du col de l'utérus le tampon agit bien aussi comme excitant, mais nous croyons qu'ici son action est plutôt mécanique. Il maintient le col ouvert et permet au placenta de sortir lorsqu'il est refoulé par le corps de l'utérus.

Telles sont les principales raisons qui nous font préconiser notre méthode ; il en est une autre d'un autre ordre et que nous devons cependant mentionner.

Le curetage instrumental et le curetage digital sont évidemment d'excellentes opérations d'hôpital et il n'est pas entré dans notre esprit de les déprécier ; mais nous croyons que ces opérations qui sont simples pour des spécialistes paraissent difficiles et émouvantes lorsqu'elles deviennent des opérations du praticien qui doit avoir remède à tout. Souvent il n'osera pas les entreprendre, les fera incomplètement ou bien aura des accidents. C'est pour ce motif que l'on avait préconisé quelques médicaments ecboliques qui malheureusement n'ont pas donné ce qu'on attendait d'eux. Or, nous croyons que le tampon utérin est praticable pour tout le monde. Il est plus commode à appliquer que les autres procédés ; c'est une simplification de ces derniers et il est bien certain que simplifier les procédés chirurgicaux, c'est faire de la bonne chirurgie.

OBS. I. — *Avortement de 4 mois. — Hémorragie abondante. — Tamponnement intra-utérin à la gaze iodoformée. — Expulsion du tampon et du placenta. — Guérison sans incident.*

La nommée Jeanne Gin..., entre à l'hôpital Lariboisière, le 28 octobre 1898, à 3 heures du matin.

Cette femme est à sa huitième grossesse. La sixième s'est terminée par un avortement à 4 mois $1/2$.

Elle a été réglée régulièrement depuis l'âge de 12 ans.

Les dernières règles datent du 12 au 16 juin. Elle était donc enceinte de 4 mois environ.

Le 27 octobre, à 2 heures de l'après-midi, elle est prise de coliques et d'hémorragie.

Le 28 octobre, elle entra à l'hôpital, à 3 heures du matin, disant avoir expulsé depuis 4 heures un fœtus. Le placenta est adhérent, on sent le cordon dans le vagin. La malade est mise au repos et on lui fait une injection chaude.

A 7 heures du matin elle commence à perdre assez abondamment. Des caillots sont retirés du vagin.

A 8 heures, l'hémorragie continuant, M. Grosjean lui fait, suivant le procédé ordinaire, un tamponnement intra-utérin à la gaze iodoformée.

Comme la malade était pâle, on lui fait 500 gr. de sérum.

L'hémorragie est arrêtée et la malade repose dans la journée.

Dans la nuit suivante, elle accuse quelques coliques, et à huit heures du matin elle expulse en même temps le tampon et un placenta pesant 520 grammes.

Injection intra-utérine iodée. Les suites ont été parfaitement normales et la malade est sortie complètement guérie dans le délai ordinaire.

OBS. II. — *Avortement de 4 mois fait en ville. — Frisson. — Fièvre. — Tamponnement. — Expulsion du tampon et du placenta. — Guérison sans incidents.*

La nommée Naug..., 38 ans, cuisinière, entre dans le service de

M. le Docteur Bonnaire, à l'hôpital Lariboisière, le 8 novembre 1899, à midi.

C'est une XIV pare : onze accouchements normaux, et trois fausses couches.

Depuis 15 jours environ, elle perd du sang.

La veille de son entrée à l'hôpital elle expulse presque sans douleurs un fœtus. Elle continue à faire son travail comme par le passé, n'étant pas délivrée ; le cordon ombilical étant hors de la vulve.

Le lendemain, comme elle perdait avec assez d'abondance, elle rentre à l'hôpital à midi.

À l'examen, on constate que le cordon est à la vulve, et au toucher, on trouve le col déjà refermé.

On lui fait avec assez de peine une injection intra-utérine iodée.

L'hémorragie étant arrêtée, on administre à la malade 1 gr. de sulfate de quinine en 2 fois à 10 minutes d'intervalle.

Le soir à six heures, violent frisson ; la température monte à 39°5.

On fait une injection intra-utérine iodée et la malade est conduite à l'isolement ; comme elle n'est toujours pas délivrée, M. Grosjean lui fait un tamponnement intra-utérin à la gaze iodoformée à 7 heures du soir.

Le lendemain matin, à 8 heures, expulsion spontanée du tampon suivi du placenta. Nouvelle injection utérine.

La température est normale et la malade est sortie complètement guérie.

OBS. III. — *Avortement gémellaire de 4 mois. — Rétention placentaire. — Sulfate de quinine. — Ballon de Champetier. — Ballon de Tarnier. — Trois tamponnements à la gaze iodoformée. — Expulsion du placenta. — Guérison.*

La nommée Pauch..., 24 ans, modiste IV pare, entrée à l'hôpital le 31 octobre dans la matinée.

Réglée à l'âge de 14 ans. Dernières règles datant du 10 au 16 juin 1898. Pendant les trois premiers mois de sa grossesse elle a des vomissements, des épistaxis et des crampes dans les jambes. Elle entre à l'hôpital Lariboisière, service de M. le docteur Bonnaire, parce qu'elle perd de l'eau et du sang depuis plusieurs jours et qu'elle souffre du ventre.

Au toucher, le col est légèrement entr'ouvert. On sent des-granulations abondantes dans les culs-de-sac vaginaux.

Le lendemain elle expulse spontanément deux fœtus, l'un est en voie de momification, l'autre est vivant.

Le placenta reste adhérent.

Pendant quatre jours, la malade n'ayant ni fièvre ni hémorragie, est laissée au repos bien qu'elle ne soit pas délivrée.

Le 5^e jour, M. le docteur Bonnaire fait un tamponnement intra-utérin à la gaze iodoformée le matin, à 10 heures. Le soir, on administra à la malade 1 gr. de sulfate de quinine en deux fois.

La malade dort la nuit sans avoir de colique.

Le lendemain 6 novembre, rien de nouveau. M. Bonnaire ordonne encore 1 gr. de sulfate de quinine.

Le 7 novembre le tampon est encore dans l'utérus, la malade souffre un peu des reins. M. Bonnaire retire le tampon et constate que le canal cervical permettrait difficilement l'introduction du doigt pour le curage digital.

Il introduit un petit ballon de Champetier de 150 gr. La malade perd un peu de sang dans la journée et présente quelques coliques qui ne tardent pas à disparaître.

A 8 heures du soir, M. Grosjean constate que le ballon de Champetier est vide et tombé dans le vagin, il le retire et fait un nouveau tamponnement à la gaze iodoformée.

Le 8 novembre, à 11 heures du matin, la femme n'ayant pas de colique, M. Bonnaire retire le tamponnement, et introduit dans l'utérus un ballon de Tarnier.

Dans la nuit, la femme a quelques coliques, elle expulse du sang et le ballon ne tarde pas à tomber dans le vagin ; le placenta n'étant pas encore décollé, M. Grosjean fait à 9 heures du soir un troisième tamponnement à la gaze iodoformée.

La femme a des coliques violentes pendant la nuit et aussi le lendemain ; à 4 heures de l'après-midi, elle expulse son tampon auquel est intimement appliqué le placenta. Ce dernier répand une mauvaise odeur.

On fait une injection utérine iodée.

La malade guérit et sort en très bon état de l'hôpital 15 jours après l'expulsion de son placenta.

OBS. IV. — *Avortement de 3 mois environ fait en ville. — Rétention placentaire. — Tamponnement. — Guérison.*

La nommée Guenaud, 28 ans, modiste, secondipare, entre à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. le docteur Bonnaire, le 22 février 1899.

Réglée à 14 ans, très irrégulièrement, pelvi-péritonite à l'âge de 20 ans. Curetage de l'utérus, rétroversion.

La malade a expulsé chez elle un fœtus de 2 mois $1/2$ à 3 mois ; elle entre dans le service à 2 heures de l'après-midi, perdant du sang et n'étant pas délivrée.

Au toucher, le col est déjà refermé. On fait une injection utérine iodée.

Le soir à 7 heures, la malade n'était pas encore délivrée et perdant du sang, M. Grosjean fait un tamponnement utérin à la gaze iodoformée.

L'hémorragie s'arrête. — La malade dort toute la nuit.

Le lendemain elle a des coliques et le soir à 10 heures elle expulse spontanément le tampon suivi du placenta. Injection utérine iodée.

Suites normales. Guérison.

OBS. V. — *Avortement de 2 mois $1/2$ fait en ville. — Rétention placentaire. — Tamponnement. — Guérison.*

Dum., Marie, primipare, 23 ans, entre à l'hôpital Lariboisière, service de M. le Docteur Bonnaire, le 24 décembre 1899

La malade raconte avoir fait un avortement en ville, mais elle n'a expulsé que le fœtus, depuis plusieurs semaines.

Au toucher, à son entrée dans le service, on trouve que le placenta est partiellement décollé et se présente à l'orifice du col utérin. Mais ce col est resserré et empêche l'extraction. Le lendemain, la délivrance n'étant pas faite, on fait une injection intra-utérine, puis un tamponnement utérin à la gaze iodoformée. Le placenta est refoulé avec le tampon.

24 heures après le tamponnement, expulsion spontanée du tampon et du placenta.

Injection utérine iodée. Suites normales, guérison.

OBS. VI. — *Avortement fait en ville. — Rétention placentaire. — Deux tamponnements. — Guérison.*

Decat. ., 24 ans, giletière, entra à l'hôpital Lariboisière, service de M. le docteur Bonnaire, le 15 février 1899. V pare.

Réglée à 15 ans, irrégulièrement.

Cette femme raconte que depuis plusieurs jours elle a perdu du sang ; 24 heures avant son entrée elle a expulsé un fœtus de 4 mois.

A son entrée on sent le placenta adhérent. Pas de fièvre, pas d'hémorragie. M. Grosjean fait un tamponnement intra-utérin à 11 heures du matin ; le soir à 5 heures on trouve le tampon presque complètement dans le vagin ; le placenta n'est pas décollé.

Le soir, à 8 heures 1/2, nouveau tamponnement précédé d'une injection utérine iodée.

Pendant la nuit, la malade perd un peu de sang et a des coliques.

Le lendemain matin, à 7 h., en faisant une légère expression utérine, on amène l'issue du tampon et du placenta adhérent à ce dernier.

Injection utérine iodée.

Suites normales, guérison.

OBS. VII. — *Avortement de 2 mois 1/2. — Rétention placentaire. — Tamponnement. — Guérison.*

Armandine Bouch. . ., 24 ans, fleuriste, III pare, entre à l'hôpital le 6 janvier 1899, perdant du sang depuis plusieurs jours.

A son arrivée, on constate au toucher que le col est ouvert et on sent un œuf engagé dans le col.

Dans la journée elle expulse un fœtus de 2 mois environ.

Le soir, à 6 heures 1/2, la malade perdant du sang, M. le docteur Bonnaire lui fait un tamponnement à la gaze iodoformée.

Le lendemain matin, à 8 heures, expulsion spontanée du tampon et du placenta. Injection utérine iodée.

Suites normales, guérison.

OBS. VIII. — *Avortement au 3^e mois. — Rétention placentaire. — 4 tamponnements successifs. — Insuccès. — Expulsion spontanée du placenta le 14^e jour.*

La nommée Red..., âgée de 24 ans, VIII pare, entre dans les services de M. le docteur Bonnaire, à l'hôpital Lariboisière, le 19 décembre 1898.

Cette femme est enceinte de trois mois environ.

Depuis plusieurs jours elle perd du sang et souffre du ventre.

Le toucher à son entrée montre que le col est légèrement entr'ouvert.

On lui prescrit le repos au lit et des lavements laudanisés.

Le 20 décembre, à 10 heures du matin, on examine la malade qui a continué à perdre du sang ; on trouve un embryon en partie sorti de l'utérus. L'expulsion se fait spontanément à midi.

Le soir à 10 heures, le placenta n'étant pas sorti, M. Grosjean fait une injection utérine iodée suivie d'un tamponnement à la gaze iodoformée.

Le 21 décembre, à 6 heures du soir, en touchant la malade, on constate que le tampon est presque en entier dans le vagin ; il est retiré et une injection utérine est pratiquée.

Un second tamponnement est fait le même soir ; de plus, on administre à la malade ainsi tamponnée 10 centigr. d'ergotine.

Le 23 décembre, à 9 heures du matin, on fait une légère expression de l'utérus et le tampon sort de suite.

Nouvelle injection utérine suivie d'un troisième tamponnement avec administration de 10 centigr. d'ergotine.

Le 24 décembre, M. Bonnaire examine la malade et trouve le tampon à la vulve, il est retiré.

Le 25 décembre, nouvelle injection et 4^e tamponnement qui est retiré le lendemain soir sans succès.

On prend la résolution d'attendre pour faire un nouveau tamponnement. La malade n'a pas de température, et ne présente rien d'inquiétant.

Le 3 janvier, la malade expulse spontanément après quelques coliques un placenta avec quelques caillots de sang. Injection utérine iodée.

Suites normales, la malade est sortie parfaitement guérie.

OBS. IX. — *Avortement de 3 mois environ. — Hémorragie abondante. — Tamponnement. — Expulsion du fœtus et du placenta.*

La nommée Paul. . . , 32 ans, ménagère, entre dans le service de M. le docteur Bonnaire, le 23 novembre 1898, pour menace d'avortement.

Cette femme a eu déjà trois grossesses antérieures normales.

Les dernières règles datent du 15 au 19 août mais, vers le mois de septembre, elle a commencé à perdre de l'eau légèrement teintée de sang. Ces pertes sont revenues presque tous les jours depuis cette époque.

Le 23 décembre, elles augmentent, et la malade se décide à entrer à l'hôpital.

La malade est mise au repos et lavements laudanisés.

Jusqu'au 3 décembre rien de particulier à signaler, on peut croire que l'avortement n'aura pas lieu.

Le 3 décembre, la malade recommence à perdre du sang et souffre de coliques. On la touche, le col est ouvert et au sent l'œuf en partie décollé ; à 11 heures 1/2 du soir elle a une violente hémorragie. On peut recueillir et peser 460 gr. de sang, le toucher montre l'utérus ouvert et l'œuf décollé en grande partie ; sur le conseil de M. Bonnaire, M. Grosjean fait un tamponnement serré dans l'utérus.

L'hémorragie s'arrête, les coliques persistent, et le matin à 8 h., expulsion en bloc du tampon du fœtus et du placenta, le tampon est accolé internement à ce dernier.

Injection utérine iodée.

Suite normales, la malade est sortie en très bon état.

OBS. X. — *Avortement de 3 mois environ. - Rétention placentaire. — Sulfate de quinine, tamponnement. — Guérison.*

La nommée Bach. . . , 22 ans, employée de commerce, primipare, entre dans le service de M. le Dr Bonnaire, le 18 novembre 1898, à 7 heures du soir.

Dernières règles datant du 20 au 24 juillet. La malade perd du sang et souffre de coliques.

Au toucher, on constate que le col est dilatable et on sent une anse du cordon qui descend dans le vagin.

Le 19 décembre elle expulse spontanément un fœtus.

Le 20, le placenta n'est pas encore sorti, on administre 1 gr. de sulfate de quinine.

Le 21, toujours pas de placenta. — On a hésité jusqu'à ce moment à faire un tamponnement à cette femme car elle est extrêmement nerveuse, pousse des cris et s'agite au moindre examen. Cependant M. Bonnaire conseille de tenter le tamponnement en ayant recours au besoin au chloroforme. Ce tamponnement est pratiqué à 3 h. 1/2 par M. Grosjean sans anesthésie, la malade, malgré son indocilité l'a parfaitement supporté.

Dans la nuit, la malade a eu quelques coliques.

Le lendemain, à 9 heures du matin, en touchant la malade, on trouve le tampon dans le vagin, on le retire, on ramène un caillot de 80 grammes, puis le placenta qui était presque en entier dans le vagin.

Suites normales. Guérison.

OBS. XI. — *Grossesse de 4 mois. — Avortement. — Rétention placentaire. — Tamponnement. — Expulsion du placenta.*

M^{me} B..., sage femme agréée, fait, le 24 décembre 1898, un avortement à 4 mois environ. Sur la demande de M. le docteur Bonnaire, nous nous rendons chez elle.

Deux jours après l'expulsion du fœtus, le placenta étant encore dans l'utérus, nous faisons chez elle (n'ayant d'autre instrumentation qu'une pince pour abaisser l'utérus et une autre pince languette pour introduire le tampon) un tamponnement à la gaze iodoformée.

24 heures après ce tamponnement, expulsion spontanée de la gaze et du placenta.

Suites normales. Guérison.

OBS. XII. — *Grossesse de 3 mois 1/2. — Avortement. — Rétention placentaire. — Hémorragie. — Tamponnement. — Guérison.*

La nommée Val . . , âgée de 27 ans, domestique, entre dans le service de M. le Docteur Bonnaire, le 15 novembre 1898.

Cette femme est enceinte pour la sixième fois ; toutes ses grossesses antérieures ont été normales.

Le 1^{er} novembre, elle a commencé à perdre un peu de liquide légèrement teinté.

Le 12, hémorragie plus abondante qui persiste jusqu'à son entrée à l'hôpital.

A ce moment l'hémorragie persiste. Au toucher, on constate que le col est entr'ouvert, mais non effacé.

Le 16 et le 17, on institue le traitement ordinaire en vue de prévenir l'avortement.

Le 17, à 6 heures du soir, expulsion d'un fœtus. A 11 heures du soir, hémorragie abondante. Tamponnement.

Le lendemain, le tampon est expulsé, mais le placenta reste dans l'utérus.

Nouveau tamponnement le 19, à 6 h. du soir. Issue du tampon à 11 h., le placenta suit spontanément à 2 h. du matin. Suites normales. Guérison.

OBS. XIII. — *Avortement incomplet fait en ville. — Hémorragie. — Rétention placentaire. — Tamponnement. — Légère infection. — Guérison.*

La nommée Valker..., 39 ans, ménagère, entre dans le service de M. le docteur Bonnaire, le 15 novembre, parce qu'elle perd du sang.

Cette malade a eu treize grossesses antérieures.

Elle raconte qu'elle croyait être enceinte de 3 mois environ, et que depuis plusieurs jours elle a perdu du sang et des caillots, elle dit ne pas avoir remarqué de fœtus.

On la touche. Le col est encore ouvert et on sent un placenta au fond de l'utérus.

Tamponnement à la gaze iodoformée après injection utérine.

Ce tamponnement est un peu délicat car l'utérus est en antéversion.

16 heures après ce tamponnement, expulsion spontanée du tampon suivi du placenta.

Le lendemain, 20 novembre, la malade a eu un violent frisson.

La température monte à 40°. On fait passer la malade à l'isolement où elle subit un écouvillonnage à la glycérine créosotée.

La température baisse le lendemain et le surlendemain.

Le 23 elle est normale.

Depuis ce moment aucun incident à signaler, la malade est sortie complètement guérie.

CONCLUSIONS

De l'exposé des faits précédents nous croyons pouvoir conclure que le curetage et le curage digital dans la rétention placentaire consécutive à l'avortement, sont et resteront d'excellents procédés ; mais, qu'à côté d'eux, il est juste de faire place à un procédé plus facilement praticable pour le praticien : le tamponnement intra-utérin.

Ce dernier, en effet, n'est pas seulement un moyen palliatif destiné à combattre l'hémorragie et l'infection, c'est aussi un procédé curatif puisqu'il provoque l'expulsion de l'arrière-faix retenu dans l'utérus.

Vu :

Le Président de la Thèse,
CORNIL.

Vu :

Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Audebert.** Conduite à tenir dans l'avortement incomplet. *Bull. méd.*, 6 oct. 1895.
- Auselme.** Délivrance incomplète dans l'avortement. — Son traitement. Th. Paris, 1894.
- Auvard.** *Travaux d'obstétrique*, 1889, t. II.
- Auvard et Touvenaint.** Avortement fœtal et son traitement. *Méd. mod.*, 29 mars 1893.
- Bourgogne.** Conduite à tenir pendant la délivrance dans l'avortement. Th. Paris, juillet 1891.
- Budin.** *Cliniques obstétricales*.
- Bouqué.** Rétentions placentaires guéries par le sulfate de quinine. *Bull. Soc. Méd. de Gand*, juin 1873.
- Boucharout.** Art. Délivrance. *Dict. Encyclopédique*.
- Brion.** *Etude critique sur 530 cas d'avortement*. Th. Paris, 1892.
- Bouissard.** Avortements en général; leur thérapeutique. *Méd. mod.*, 23 février 1898.
- Colomby.** *Traité des rétentions placentaires dans l'avortement*. Th. Paris, 1898.
- Constols.** *Traité de la rétention placentaire dans l'avortement*. Th. Paris, 1898.
- Chaleix-Vivie et Audebert.** *Traité de l'avortement incomplet*. Paris 1896, in-8.
- Chaleix.** Curage de l'utérus dans un cas d'hémorragie consécutive à l'avortement. *Arch. de Tocol.*, janv. 1891.
- Caubet.** Curetage utérin pour septicémie consécutive à une rétention placentaire. *Arch. de Tocol.*, mai 1890.
- Charpentier.** *Leçon sur les hémorragies puerpérales*, Paris, 1874.
- Id.** *Traité pratique d'accouchement*, Paris, 1883.
- Doléris.** Traitement de l'avortement incomplet. *Sem. gynécol.*, 18 mai 1897.
- Id.** *Introduction à la pratique gynécologique*, Paris, 1896.
- Debains.** *Conduite à tenir dans l'avortement*. Th. Paris, 1895.
- Demelin.** Traitement de l'avortement. *Journal des Praticiens*, 2 nov. 1895.
- Id.** Traitement de la rétention de l'arrière-faix dans l'avortement. *Rev. gén. de clinique*, mai 1889.
- Edis.** Traitement préventif et curatif de l'avortement. *Obstét. Journ.*, n° 31, p. 459.
- Ebstein.** *Rétention du placenta après les fausses couches*. Th. Paris, 1872.
- Fieux.** Curage digital post abortif. *Bull. méd.*, 16 fév. 1898.
- Fry.** Substitution de l'électricité à la curette dans le traité de la rétention placentaire. *Amér. Journ. of Obst.*, juin 1888.
- Frari.** Du seigle ergoté en obstétrique et de ses succédanés, en particulier du sulfate de quinine. *Gaz. med. Ital. Prov. Venete*, juin 1875.
- Gerbaud.** Th. agrég., 1886.
- Giraud.** *Rétention placentaire post abortive*. Th. Bordeaux, 1897.

- Genesteix.** *Traitement des avortements.* Th. Paris, juillet 1886.
- Garimond.** *Traité théorique et pratique de l'avortement,* Montpellier, 1873.
- Guéniot.** De la délivrance abortive. *Bull. thérap.*, 1867.
- Hamon.** *Traitement des complications de l'avortement.* Th. Paris, 1896.
- III.** *Traitement de l'avortement.* *Méd. rec.*, 6 oct. 1894.
- Lop.** *Traitement de la rétention de l'œuf abortif.* *Soc. obst. de France*, 9 avril 1896.
- Lucas.** *Traitement de la délivrance dans l'avortement incomplet.* Th. Paris, 1896.
- Lutaud.** A propos du traitement de la rétention placentaire dans l'avortement. *Journ. méd. de Paris*, sept. 1895.
- Leemans.** *Traitement de l'avortement.* *Ann. Soc. med. Anvers*, 1888.
- Miot.** *Conduite à tenir dans la rétention placentaire consécutive à l'avortement.* Th. Paris, 1898.
- Misrachi.** *Traitement de l'avortement.* *Arch. de Tocol.*, août 1888.
- Marduel.** Note sur un cas d'avortement avec délivrance artificielle retardée. *Lyon médical*, 1873, p. 537.
- Moy Adrien.** *Du tampon en obstétrique.* Th. Paris, 1875.
- Nœggerath.** De l'usage du seigle ergoté en obstétrique. *Amér. Journ. of obstét.*, 1898, p. 773.
- Pagny.** Délivrance hâtive dans l'avortement incomplet. *Bull. gén. de thérap.*, 31 août 1897.
- Puech.** Rétention prolongée du placenta et des membranes dans les avortements. *Presse médicale*, 4 août 1894 et *Arch. de Tocol.*, déc. 1894.
- Pierron.** *Conduite à tenir dans les cas de rétention du délivre après l'avortement.* Th. Montpellier, 1887.
- Roqueplo.** *Traitement de la rétention placentaire consécutive à l'avortement par les injections utérines à 45°-50°.* Th. Lyon, 1891.
- Schmidt.** *Traitement des hémorragies après l'avortement.* Th. de Tubingue, 1897.
- Stuart.** Nouveau traitement de l'avortement incomplet. *New-York med. journ.*, 26 sept. 1896.
- Skeel.** De l'emploi de la curette dans l'avortement. *Med. News*, 25 fév. 1893.
- Sourdet.** *Accidents et complications des avortements.* Th. Paris, 1876.
- Simpson.** De l'évacuation complète de l'utérus après l'avortement. *Edimb. med. Journ.*, 1876, p. 961.
- Sabry.** *Étude générale de l'avortement,* Th. Paris, 1872.
- Schwab.** Emploi du sulfate de quinine dans l'avortement incomplet. *Société obst. de France*, avril 1897.
- Tintelin.** *De l'avortement au 5^e et 6^e mois de la grossesse au point de vue de la délivrance.* Th. Nancy, 1888.
- Tarnier.** *Traité d'accouchement.*
- Triaire.** Note pratique sur l'avortement. *Arch. Tocol.*, déc. 1877 et janv. 1878.
- Walther.** Intervention opératoire dans l'avortement. *Berl. kl. Woch.*, sept. 1891.
- Vibert.** *Traitement de la rétention placentaire dans l'avortement.* Th. Paris, 1891.
- Veit.** *Traité de l'avortement.* *Rev. Sciences méd.*, 1882, p. 612.
- Wisard.** *Intervention chirurgicale dans les rétentions placentaires après l'avortement.* Th. Paris, 1888.

